

Важно

НОВОЕ СТРАХОВАНИЕ

ПРАВИЛА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ОТ «10» ФЕВРАЛЯ 2014 г. № 10

8 800 333-88-63

«ВАЖНО» — товарный знак ООО «СК
«Независимость» Лицензия СИ №3693
от 18.11.2014г

www.vazhno.me

1. Общие положения

1.1. Настоящие Правила разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и содержат условия, на которых Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Независимость» (далее – Страховщик) заключает договоры добровольного медицинского страхования (далее – Договор страхования или Договоры страхования).

1.2. При заключении договора страхования на условиях настоящих Правил, эти условия становятся неотъемлемой частью договора страхования и обязательными для Страхователя и Страховщика.

1.3. В случаях, не противоречащих законодательству Российской Федерации, Страхователь и Страховщик могут договориться об изменении, дополнении или исключении отдельных положений настоящих Правил при заключении договора страхования.

1.4. Термины и определения, используемые в настоящих Правилах:

Страховщик - Общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Независимость» (ООО «СК «Независимость»).

Страхователь - Юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее Договор страхования.

Застрахованный - Физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования.

Договор страхования - Письменное соглашение между Страховщиком и Страхователем, по которому Страховщик обязуется произвести страховую выплату при наступлении страхового случая с Застрахованным лицом, а Страхователь обязуется оплатить страховую премию.

Страховой риск - Предполагаемое событие, на случай наступления которого производится страхование.

Страховой случай - Произшедшее в период действия договора страхования событие, предусмотренное Договором страхования, с наступлением которого Страховщик обязан произвести страховую выплату.

Страховая сумма - Денежная сумма, определенная договором страхования и устанавливаемая по каждому риску, исходя из которой определяется размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.

Страховая премия - Плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и сроки, установленные договором страхования.

Страховые взносы - Периодические платежи страховой премии, производимые Страхователем.

Страховой тариф - Ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска

Срок страхования - Определенный Договором страхования срок его действия.

Несчастный случай - Фактически произошедшее в период действия договора страхования внезапное, непредвиденное, внешнее по отношению к Застрахованному событие, не зависящее от воли Застрахованного, повлекшее за собой причинение вреда его здоровью.

Врач - Практикующий специалист с окончанным высшим медицинским образованием в соответствии с установленными стандартами.

Заболевание - Нарушение состояния здоровья Застрахованного, не вызванное несчастным случаем, впервые диагностированное квалифицированным врачом.

Хроническое заболевание - Заболевание постоянного или рецидивирующего характера, требующее наблюдения врача.

Террористический акт - Совершение третьими лицами взрыва, поджога или иных действий, устрашающих население и создающих опасность гибели человека, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных тяжких последствий в целях воздействия на принятие решения органами власти или международными организациями, повлекшие смерть или телесные повреждения Застрахованного.

Форс-мажор - Обстоятельства непреодолимой силы: военные действия и их последствия, террористические акты, гражданские волнения, забастовки, мятежи, арест,

уничтожение или повреждение имущества по распоряжению гражданских или военных властей, введение чрезвычайного или особого положения, бунты, путчи, государственные перевороты, заговоры, восстания, революции, воздействия ядерной энергии, природные катастрофы и катаклизмы, а также иные чрезвычайные события, которые стороны не могли предвидеть при заключении Договора страхования, и которые препятствуют исполнению стороной обязательств по договору.

2. Субъекты страхования

2.1. Субъектами добровольного медицинского страхования выступают Страховщик, Страхователь и Застрахованные лица.

2.2. Страхователем признаётся юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор страхования.

2.3. Застрахованное лицо (далее – Застрахованный) – Физическое лицо, в отношении которого Страхователем и Страховщиком заключен Договор страхования. В случае, если договор страхования заключен Страхователем в свою пользу, на него распространяются права и обязанности Застрахованного.

Застрахованным, если иное не предусмотрено Программой страхования, может быть лицо в любом возрасте.

2.4. Если Программой страхования не предусмотрено иное, на страхование не принимаются:

2.4.1. Лица, имеющие на момент заключения договора страхования следующее заболевание и (или) связанные с ним осложнения:

- туберкулез, онкологические заболевания;
- болезни, вызванные вирусом иммунодефицита человека, ВИЧ-носительство;

- психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ;

2.4.2. Инвалиды 1 и 2 группы, дети - инвалиды.

2.4.3. Лица, находящиеся на момент заключения договора страхования на стационарном лечении.

2.4.4. Лица, являющиеся подозреваемыми, обвиняемыми или осужденными по уголовному делу.

Заключенный в отношении таких лиц Договор добровольного медицинского страхования может быть прекращен досрочно в порядке, предусмотренном настоящими Правилами.

2.4.5. Субъектами (участниками) добровольного медицинского страхования могут выступать медицинские, фармацевтические, ассистанские, экспертные и иные организации, с которыми Страховщик вступает в договорные отношения с целью выполнения обязательств по договору страхования.

Для целей настоящих Правил:

- к медицинским организациям относятся российские и зарубежные организации всех форм собственности, а также частные лица, имеющие право на осуществление медицинской деятельности;

- к фармацевтическим организациям относятся имеющие право на осуществление фармацевтической деятельности юридические лица и индивидуальные предприниматели;

- к ассистанским организациям относятся юридические лица, осуществляющие сервисную поддержку программ добровольного медицинского страхования по поручению Страховщика;

- к экспертным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели, предоставляющие Страховщику услуги экспертного или консультативного характера;

- к иным организациям относятся юридические лица и индивидуальные предприниматели (кроме фармацевтических), производящие и торгующие, в частности, изделиями медицинского назначения, медицинскими изделиями, лечебным питанием.

3. Объект страхования

Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы Страхователя (Застрахованного), связанные с затратами на оказание ему медицинской и иной помощи при возникновении страхового случая.

4. Страховой риск. Страховой случай

4.1. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

По договору страхования, заключаемому на условиях настоящих Правил, подлежит страхованию риск обращения Застрахованного в течение срока действия договора страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме, отравлении и других состояниях в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором страхования, за получением диагностической, консультативной, лечебной, реабилитационной и иной помощи.

Страховыми рисками являются:

4.1.1. Амбулаторно-поликлиническая помощь;

4.1.2. Стационарная помощь;

4.1.3. Скорая медицинская помощь;

4.1.4. Восстановительное лечение;

4.1.5. Ведение беременности;

4.1.6. Родовспоможение;

4.1.7. Вакцинация.

4.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в соответствии с Программой страхования, разработанной на основании настоящих Правил страхования :

4.2.1. в медицинскую организацию из числа предусмотренных Договором страхования за получением медицинской (диагностической, консультативной, лечебной, восстановительной, оздоровительной, профилактической, в том числе иммунопрофилактической и др.) и иной (в том числе медико-социальной) помощи в соответствии с условиями Договора страхования;

4.2.2. в иные медицинские организации, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные в других регионах РФ или за пределами РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована Страховщиком, в том числе его обособленными подразделениями), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком. Программой страхования может быть предусмотрено обращение в иное ЛПУ без согласования со Страховщиком в соответствии с программой страхования и на условиях, указанных в Договоре страхования;

Типовые программы страхования приведены в Приложениях № 8-15 к настоящим Правилам.

4.3. Страховая программа может включать следующие расходы:

- расходы на лечение;
- стоимость медикаментов;
- стоимость проезда к месту лечения, в том числе за пределы Российской Федерации;
- стоимость проживания Застрахованного в гостинице, если медицинская помощь оказывается не по месту жительства Застрахованного;
- стоимость проезда и проживания лица, сопровождающего Застрахованного к месту лечения;
- стоимость проезда и проживания, а также расходы на все необходимые медицинские манипуляции лицу, являющемуся донором Застрахованного;
- дополнительные выплаты на покрытие расходов, необходимых Застрахованному во время пребывания в стационаре. Размер выплаты определяется договором страхования.

4.4. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

4.4.1. не предусмотренных Договором страхования;

4.4.2. в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

4.4.3 в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

4.4.4 в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками, за исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен

до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено судебным решением;

4.4.5. не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного или без медицинских показаний.

4.5. Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

4.5.1. воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

4.5.2. военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

4.5.3. гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

4.5.4. стихийными бедствиями.

4.6. Договором страхования может быть установлен перечень исключений, отличающийся от указанных в пунктах 4.4 – 4.5 настоящих Правил.

5. Страховая сумма

5.1. Страховой суммой является денежная сумма, определенная договором страхования и устанавливаемая по каждому риску, исходя из которой определяется размер страховой премии и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. Страховщик обязуется при наступлении страхового случая (страховых случаев), в предусмотренном договором страхования порядке, выплатить страховое возмещение в пределах страховой суммы.

5.2. Страховая сумма по договору страхования устанавливается исходя из предполагаемого объема медицинской помощи (перечня и стоимости медицинских и иных услуг, в том числе стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения), предусмотренных программой страхования. Страховая сумма устанавливается по соглашению сторон для каждого Застрахованного.

5.3. Страховая сумма может определяться по всей Программе в целом или совокупности Программ, либо по отдельным заболеваниям (состояниям), отдельным видам медицинской помощи в т.ч. медицинским услугам, обеспечению лекарственными средствами или изделиями медицинского назначения или их различной совокупности, по каждому страховому случаю или агрегатно (по всем страховым случаям суммарно).

6. Страховая премия (страховые взносы) и страховой тариф

6.1. Страховая премия - плата за страхование, которую Страхователь обязан уплатить Страховщику в порядке и в сроки, установленные договором страхования (в предусмотренных Договором страхования случаях обязанность по уплате страховой премии может быть возложена на Застрахованного). Страховой взнос – часть страховой премии при ее уплате в рассрочку.

6.2. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, применяет разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

6.3. Договором страхования может быть предусмотрено, что страховая премия уплачивается единовременным платежом и/или в рассрочку путем наличных или безналичных расчетов.

6.4. При указании в договоре страхования страховых сумм в иностранной валюте, эквивалентом которых являются соответствующие суммы в рублях, страховая премия уплачивается в валюту, предусмотренной Договором страхования в соответствии с законодательством РФ.

7. Договор страхования, порядок его заключения и прекращение действия договора

7.1. Договор страхования заключается сроком на один календарный год, если условиями Программы страхования не предусмотрено иное.

7.2. Для заключения Договора страхования Страхователь может обратиться к Страховщику с письменным или устным заявлением о своем намерении заключить Договор страхования. Если Страховщик предлагает Страхователю обратиться с письменным заявлением, то Страховщик вправе предложить оформить заявление по установленной им

форме.

7.3. При заключении Договора страхования Страховщик вправе предложить Страхователю (страхуемому лицу) заполнить анкету по установленной Страховщиком форме, предоставить дополнительную медицинскую документацию (выписки, справки и т.д.) и/или провести обследование страхуемого лица для оценки фактического состояния его здоровья. Обследование осуществляется за счет Страховщика и в медицинской организации по выбору Страховщика. При отказе от заполнения анкеты или от прохождения обследования Страховщик вправе отказать в заключении Договора страхования в отношении страхуемого лица.

7.4. Договор страхования может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 Гражданского кодекса Российской Федерации) либо вручения Страховщиком Страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного Страховщиком.

7.5. Договор страхования может заключаться путем составления одного документа (Приложение № 2) либо путем «ВАЖНО» - товарный знак ООО «Страховая компания «Независимость», лицензия ФСФР № 3693 77 вручения Страхователю на основании его заявления полиса (Приложение № 3), подписанного Страховщиком, в том числе и с использованием электронной подписи как только со стороны Страховщика, так и со стороны Страховщика и Страхователя (электронный договор страхования), в соответствии с законодательством РФ.

Дополнительно Страховщик вправе предлагать Страхователю (Застрахованному лицу) полисы, разработанные на условиях публичного договора. Заключением указанного публичного договора и подтверждением принятия такого полиса со стороны Страхователя (Застрахованного лица), Правил страхования, согласия с Условиями страхования, а также согласия на обработку персональных данных считается оплата им в установленный в полисе срок страховой премии.

7.6. Страховщик вправе выдать для каждого застрахованного лица различные информационные документы: страховую карточку, памятку, пропуск в медицинскую организацию и др.

7.7. В случае утраты страховых, информационных документов Застрахованный должен незамедлительно известить об этом Страховщика. С этого момента утраченные документы признаются недействительными и не могут являться основанием для получения медицинских услуг в соответствии с Договором страхования. Взамен утерянных документов Страхователю (Застрахованным) выдаются дубликаты.

7.8. Договор страхования прекращает действие в случае:

7.8.1. окончания срока действия Договора страхования;

7.8.2. смерти Застрахованного (в отношении данного Застрахованного);

7.8.3. исчерпания страховой суммы (в отношении Застрахованного, чья страховая сумма исчерпана);

7.8.4. ликвидации Страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти Страхователя, являющегося физическим лицом, при условии невыполнения Страхователем обязанности по уплате страховых взносов, и если Застрахованный не принял на себя обязанности Страхователя по уплате страховых взносов;

7.8.5. в других случаях, предусмотренных Законодательством Российской Федерации.

7.9. Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию Страхователя или Страховщика в случаях, предусмотренных настоящими Правилами и/или условиями Договора страхования, а также по соглашению Сторон.

7.10. При досрочном прекращении Договора по инициативе Страхователя в целом или в отношении какого-либо Застрахованного возврат части страховой премии не производится, если это не предусмотрено условиями Договора страхования.

7.11. Если возврат предусмотрен условиями Договора страхования, он осуществляется исходя из фактически поступившей по Договору страхования страховой премии (страховых взносов), при этом возврату подлежит часть оплаченной страховой премии за не истекший период действия страхования за вычетом расходов Страховщика на ведение дел. Размер указывается в договоре страхования.

8. Увеличение страхового риска

8.1. В период действия Договора страхования Страхователь (Застрахованный) обязан незамедлительно сообщать Страховщику о ставших ему известными значительных изменениях в обстоятельствах, сообщенных Страховщику при заключении договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска. Значительными, во всяком случае, признаются изменения, оговоренные в Договоре страхования (Страховом полисе) и в переданных Страхователю Правилах.

8.2. Страховщик, уведомленный (Страхователем, Застрахованным, ЛПУ, иным лицом) об обстоятельствах, влекущих увеличение страхового риска (хронические заболевания, инвалидность, другие обстоятельства, если они указаны в Программе страхования, анкете Страхователя/Застрахованного или медицинской документации), вправе потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению риска.

Если Страхователь возражает против изменения условий Договора страхования или доплаты страховой премии, Страховщик вправе потребовать расторжения договора в соответствии с правилами, предусмотренными главой 29 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

8.3. При неисполнении Страхователем либо Застрахованным обязанности, указанной в пункте 8.1, Страховщик вправе потребовать расторжения Договора страхования и возмещения убытков, причиненных расторжением Договора (пункт 5 статьи 453 Гражданского Кодекса Российской Федерации).

9. Права и обязанности страхователя, страховщика, застрахованного лица

9.1. Страхователь имеет право:

9.1.1. требовать предоставления застрахованному лицу в медицинских организациях, предусмотренных договором страхования, медицинской помощи, предусмотренной договором страхования, а также ставить в известность страховщика о непредставлении такой помощи, неполной или некачественной помощи;

9.1.2. расторгать досрочно Договор страхования в отношении одного или нескольких Застрахованных, обратившись с письменным заявлением к Страховщику. При уменьшении числа Застрахованных в рамках Договора страхования возврат части страховой премии осуществляется в порядке, предусмотренном для расторжения Договора страхования по инициативе Страхователя п.7.10;

9.1.3. изменять в течение срока действия Договора страхования программу страхования или иные условия Договора страхования, заключая дополнительные соглашения к Договору страхования и уплачивая, в случае необходимости, дополнительную страховую премию.

9.2. Страховщик имеет право:

9.2.1. проверять сообщенную Страхователем (Застрахованными) информацию, а также выполнение Страхователем (Застрахованными) требований и условий Договора страхования;

9.2.2. требовать признания Договора недействительным и применения последствий, предусмотренных законодательством, если после заключения Договора страхования будет установлено, что Страхователь (Застрахованный) сообщил Страховщику заведомо ложные сведения об обстоятельствах, влияющих на степень страхового риска;

9.2.3. выставлять Страхователю счет на компенсацию расходов, возникших в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, счет на уплату штрафа в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи, а также в связи с использованием страхового полиса/карточки незастрахованным лицом.

9.2.4. по согласованию со Страхователем изменять программу страхования в случае прекращения взаимоотношений с медицинской организацией, предусмотренной Договором страхования.

9.3. Застрахованный имеет право:

9.3.1. требовать предоставления медицинских и иных услуг в соответствии с условиями Договора страхования, а также ставить в известность Страховщика о непредоставлении

таких услуг, предоставлении неполных или некачественных услуг;

9.3.2. получать дубликат страхового полиса, программы страхования, страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию в случае их утраты;

9.3.3. получать разъяснения о Правилах страхования и условиях Договора страхования, порядке предоставления услуг;

9.4. Страхователь обязан:

9.4.1. уплатить страховую премию (страховые взносы) в определенные Договором страхования сроки и в установленном Договором страхования размере;

9.4.2. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования, подтвержденную в порядке, определяемом законодательством;

9.4.3. доводить до сведения Застрахованных информацию об условиях Договора страхования, Правилах добровольного медицинского страхования, программах страхования и порядке предоставления услуг. Получение Застрахованными данной информации должно быть подтверждено подписью;

9.4.4. получать согласие застрахованных лиц при их исключении из числа Застрахованных по Договору страхования;

9.4.5. компенсировать расходы Страховщика, возникшие в связи с неявкой Застрахованного на заранее согласованные с медицинской организацией процедуры, приемы и исследования, а также уплатить штраф в связи с необоснованным вызовом скорой медицинской помощи при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

9.4.6. уплатить Страховщику штраф в размере трехкратной стоимости услуг, оказанных лицу, необоснованно воспользовавшемуся страховым полисом и/или страховой карточкой Застрахованного, при условии выставления соответствующего счета Страховщиком.

9.4.7. получить письменное согласие на обработку Страховщиком персональных данных Застрахованных, хранить у себя оригиналы данных согласий и предоставлять Страховщику по его требованию.

9.5. Страховщик обязан:

9.5.1. ознакомить и вручить Страхователю настоящие Правила и программу (программы) страхования;

9.5.2. выдавать Страхователю для каждого Застрахованного лица страховой полис, программу страхования, страховую карточку и пропуск в медицинскую организацию (при необходимости), а при их утрате – дубликаты;

9.5.3. производить страховые выплаты при наступлении страховых случаев в порядке, установленном настоящими Правилами и договором страхования;

9.5.4. обеспечивать конфиденциальность в отношениях со Страхователем (Застрахованными) в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Информация о диагнозах заболеваний Застрахованных, их обращениях за медицинской помощью и ее объеме может быть представлена Страхователю только по письменному разрешению Застрахованных;

9.5.5. контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи, оказанной Застрахованному лицу в российских медицинских организациях, в которых медицинская помощь была организована Страховщиком.

9.5.6. принять меры, направленные на предоставление Застрахованному медицинской помощи, в которой было необоснованно отказано либо помощь была оказана неполно или некачественно той медицинской организацией, где такая медицинская помощь должна была быть организована Страховщиком.

9.5.7. содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в составлении искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках договора страхования медицинской помощи, а также в получении за счет страховщика результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

9.6. Застрахованный обязан:

9.6.1. представлять Страховщику необходимые для заключения Договора страхования достоверные сведения, а также

иную необходимую информацию, связанную с исполнением Договора страхования;

9.6.2. при получении страховой документации удостоверять личной подписью факт ознакомления с Правилами страхования, программой страхования и порядком организации медицинской помощи;

9.6.3. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг;

9.6.4. при утрате страхового полиса, страховой карточки или пропуска в медицинскую организацию незамедлительно извещать об этом Страховщика;

9.6.5. сообщать своевременно Страховщику об изменении своей фамилии или фактического места жительства;

9.6.6. предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

9.6.7. находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9.6.8. за необоснованный вызов Застрахованным лицом (его представителем) на дом врача, бригады скорой или неотложной медицинской помощи, а также необоснованное использование санитарных транспортных средств Застрахованный уплачивает Страховщику (если Страховщик предъявил такое требование) штраф в размере трехкратной стоимости таких услуг.

Вызов на дом врача, скорой или неотложной медицинской помощи и использование санитарного транспорта считается необоснованным, если:

вызов осуществлен Застрахованным для медицинского обслуживания незастрахованного лица,

при вызове, осуществленном Застрахованным или лицом, действующим в его интересах, преднамеренно представлена искаженная информация, касающаяся необходимости медицинского обслуживания и/или места пребывания Застрахованного,

вызов осуществлен не в медицинских целях, вызов осуществлен к Застрахованному, находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, при вызове Застрахованный отсутствует по указанному адресу или отказывается от осмотра,

вызов осуществлен к Застрахованному, не нуждающемуся в оказании экстренной или неотложной медицинской помощи (с целью получения плановых медицинских манипуляций и пр.).

10. Порядок организации медицинской помощи

10.1. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской и иной помощи Застрахованный обращается в медицинскую организацию (или иному участнику страхования), предусмотренную Договором (программой) страхования либо к Страховщику в порядке, определенном Договором страхования.

10.2. При отсутствии возможности оказания услуг, предусмотренных программой страхования, в организации, определенной в Договоре страхования, Страховщик организует их выполнение в иной медицинской организации. При этом выбор медицинской организации производится Страховщиком.

10.3. Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

10.4. В случае выявления у Застрахованного заболеваний и состояний, при которых лечение не может быть осуществлено в медицинских организациях, сотрудничающих со Страховщиком, Страховщик оказывает содействие в направлении Застрахованного в специализированное медицинское учреждение. При этом Страховщик не компенсирует расходы по оплате медицинских услуг, оказанных Застрахованному в этих медицинских организациях, если Программой страхования не предусмотрено иное.

10.5 Страховщик имеет право организовывать экстренную медицинскую помощь Застрахованным по жизненным

показаниям с привлечением муниципальной медицины (скорая медицинская помощь «03»; госпитализация в ближайший стационар и пр.) с дальнейшей организацией перевода по желанию Страхователя (Застрахованного) и при отсутствии медицинских противопоказаний в одно из медицинских учреждений, предусмотренных Договором страхования.

10.6. Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и др. - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

11. Порядок и условия осуществления страховой выплаты

11.1. Страховая выплата по договору страхования осуществляется Страховщиком в виде оплаты стоимости медицинской и иной помощи непосредственно (или через поверенного, агента, комиссионера) в медицинскую организацию (или другому участнику страхования) по их счетам.

11.2. Оплата стоимости медицинской помощи осуществляется на базе договора в письменной форме, заключенного в соответствии с пунктом 2 статьи 434, п. 2 статьи 437 Гражданского кодекса Российской Федерации.

11.3. Для получения предусмотренной договором (программой) страхования медицинской или иной помощи Застрахованный вправе с предварительного согласия (устного или письменного) Страховщика обратиться в согласованную медицинскую организацию (фармацевтическую или иную организацию) и самостоятельно оплатить стоимость предусмотренных программой страхования медицинских и иных услуг, лекарственных препаратов.

В этом случае страховая выплата осуществляется Страховщиком в виде возмещения Застрахованному его личных средств, израсходованных на получение медицинской помощи. Для получения возмещения Застрахованному необходимо предъявить Страховщику заявление установленного образца с приложением (перечень предоставляемых документов при получении медицинских и иных услуг оформляется в соответствии с законодательством территории, на которой данные услуги оказываются):

- оригинала кассового чека с квитанцией к приходному кассовому ордеру или копии бланка строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку,
- оплаченного счета с указанием медицинской организации, перечня оказанных услуг и их стоимости,
- направления на лечение, выписки из медицинской карты амбулаторного или стационарного больного,
- иные документы, предусмотренные Договором страхования.

Страховщик вправе сократить вышеизложенный перечень документов.

Заявление Застрахованного принимается в срок не позднее трех месяцев после получения им медицинских услуг. Возмещение производится в течение 15-ти рабочих дней после получения от Застрахованного всей необходимой документации. Сумма возмещения определяется исходя из расчета средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, указанных в программе страхования. Предъявленные к возмещению расходы, не превышающие средней стоимости аналогичных услуг в медицинских организациях, определенных Договором страхования, возмещаются полностью.

По соглашению со Страховщиком вышеперечисленные документы по страховому событию или часть из них может быть представлена в виде сканированных копий в электронном виде, в том числе с использованием Личного кабинета на сайте Страховщика либо направляться по электронной почте.

Страховщик может принять решение о выплате страхового возмещения на основании представленных Страхователем сканированных копий документов. В этом случае в период действия договора страхования, при поступлении устного или письменного запроса от Страховщика, Страхователь обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней предоставить Страховщику оригиналы вышеуказанных документов. При неисполнении данной обязанности Страхователем, Страховщик имеет право потребовать в судебном порядке призна-

ния страховой выплаты необоснованной и возврата суммы выплаченного страхового возмещения.

11.4. В Договоре страхования может быть установлена условная, безусловная или временная франшиза.

Условная франшиза освобождает Страховщика от страховой выплаты, если её размер не превышает размер франшизы.

2

Безусловная франшиза уменьшает размер страховой выплаты на размер франшизы.

Временная франшиза – период времени, в течение которого медицинская помощь, определенная программой страхования, оказывается за счет Застрахованного и оплате Страховщиком не подлежит.

Размер франшизы определяется Страховщиком и Страхователем по их усмотрению.

11.5. Страховщик имеет право отказать в страховой выплате:

11.5.1 в случае если расходы, возникли по окончании срока действия Договора страхования, за исключением расходов, связанных с экстренной госпитализацией Застрахованного, начавшейся в течение срока действия Договора страхования и до момента выписки из стационара;

11.5.2. если расходы связаны с повторным выполнением исследований для плановой госпитализации, не состоявшейся по инициативе Застрахованного;

11.5.3. в случае нарушения Застрахованным сроков, предусмотренных Договором страхования, для предоставления Страховщику заявления на страховое возмещение его личных средств, затраченных на приобретение медицинской помощи, предусмотренной программой страхования, если не будет доказано, что Страховщик своевременно узнал о наступлении страхового случая, либо, что отсутствие у Страховщика сведений об этом не могло сказаться на его обязанности выплатить страховое возмещение;

11.5.4. в случае, если обращение в медицинскую организацию, не предусмотренную программой страхования, не было согласовано со Страховщиком, или информирование Страховщика о таком обращении было осуществлено в процессе получения медицинской помощи, если Программой страхования не предусмотрено иное.

11.6. Во всех случаях Страховщик не несет ответственности при изменении по желанию Застрахованного (вопреки рекомендациям врача) медицинских технологий, используемых при лечении, как основного заболевания, так и его осложнений.

12. Порядок разрешения споров

Споры, вытекающие из договора страхования, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

13. Заключительные положения

13.1. Стороны несут ответственности за несвоевременное, ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору страхования в случае форс-мажора.

13.2. Все заявления и извещения, которые делают друг другу Страховщик и Страхователь, должны производиться в письменной форме, способами, позволяющими объективно зафиксировать факт сообщения.

13.3. Каждая из сторон несет ответственность за направление своего сообщения другой стороне по последнему известному адресу извещаемой стороны, а извещаемая сторона несет ответственность за получение сообщения, направленного по последнему адресу, о котором была извещена отправляющая сторона.

13.4. Извещения, уведомления, и иные отправления считаются произведенными надлежащим образом, если они были направлены по последнему известному отправляющей стороне адресу.

13.5. При подписании договоров страхования, приложений, дополнений к договору страхования и корреспонденции, Страховщик может использовать факсимильное воспроизведение подписей лиц, уполномоченных от имени Страховщика подписывать договоры страхования и приложения к ним.

13.6. Факсимильное воспроизведение подписей, квалифицированные электронные подписи уполномоченных лиц Страховщика признаются сторонами аналогом собственно-

ручной подписи уполномоченных лиц Страховщика.

13.7. Договоры страхования, приложения, дополнения к договору страхования и корреспонденция, содержащие факсимильное воспроизведение подписей, квалифицированные электронные подписи уполномоченных лиц Страховщика имеют силу договора между Страховщиком и Страхователем.

13.8. Страхователь, заключая Договор страхования на основании настоящих Правил, и в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), подтверждает своё согласие ООО «СК «Независимость» на обработку своих персональных данных, в том числе фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, адреса, номера телефона, семейного положения, паспортных и иных данных на действия (операции), предусмотренные положениями вышеуказанного закона, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных; включая персональные данные о состоянии здоровья, в целях надлежащего исполнения договора страхования; включения персональных данных в клиентскую базу данных ООО «СК «Независимость» для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования и информационных рассылок, а также на передачу в соответствии с законодательством Российской Федерации персональных данных в государственные органы и общественные организации. Настоящее согласие дается на передачу и трансграничную передачу персональных данных для обработки по поручению Страховщика провайдером в целях перестрахования рисков или оказания услуг, предусмотренных договором страхования. Передача персональных данных Застрахованных происходит с их письменного согласия. Страхователь несет ответственность за предоставление согласий физических лиц – Застрахованных, на обработку их персональных данных.

Настоящее согласие на указанные действия дано на срок, необходимый для заключения и исполнения договора страхования и в течение 5 лет после окончания срока действия Договора страхования (полиса), а также для выполнения ООО «СК «Независимость» иных действий, предусмотренных законодательством Российской Федерации и связанных с договором страхования.

13.9. Страховщик имеет право, с письменного согласия Застрахованного, на получение информации от любого врача медицинского учреждения, Фонда обязательного медицинского страхования, Бюро медико-социальной экспертизы, имеющим информацию об истории заболевания Застрахованного, его физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе.

Страховщик имеет право использовать эту информацию только для решения вопросов, связанных со страхованием, для принятия решения о страховой выплате.